Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ul. św. Filipa i ul. Krótka dom narozny.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 lipca 1885. № 28. Rok XXIV.

I. Z Zakładu sądowolekarskiego prof. Blumenstoka w Krakowie.

Kazuistyka sądowo- i policyjnolekarska.

X.

Uwagi nad otruciem kwasem pruskim i jego połączeniami.

Podał Walery Momidłowski.

Przypadki otrucia kwasem pruskim i jego połączeniami wydarzają się u nas względnie dosyć rzadko i jeżeli mają miejsce, to chyba u inteligentniejszych, obznajmionych mniéj lub więcéj dokładnie z własnościami trującemi tych preparatów, podczas gdy w szerszych kołach arszenik i fosfor używają jeszcze dotąd dawniéj zyskanéj popularności tak u samobójców jak i u morderców. Wobec tego atoli, że preparaty sinowodowe coraz więcéj rozpowszechniają się, obawiać się należy, że i otrucia niemi będą coraz częstsze, jak to już teraz w większych zwłaszcza miastach zauważyć można. Dyjagnostyka otruć preparatami sinowodowemi nie dosięgła jeszcze stopnia znaczeniu jéj odpowiadającego, a objawy pośmiertne tak bywają odmienne, że jeden przypadek do drugiego nie jest podobnym. Z tego powodu usprawiedliwioném będzie zdanie sprawy z 3 przypadków, które w tutejszym zakładzie były badane.

Przypadek I. Na zwłokach młodzieńca, lat 24 liczyć mogącego, znalezionych razem ze zwłokami kobiety jako przypadek II opisać się mającemi, wykazała sekcyja następujące zmiany: Plamy trupie fijoletowo zabarwione. Krew płynna, ciemna. Z mózgu daje się czuć wyraźna woń migdałów gorzkich. Płuca przy brzegach nieco nadmiernie powietrzem wydęte, na rozkroju zalewają się krwią ciemną. Pod opłucnemi płuc gdzieniegdzie drobne wybroczyny, zwłaszcza w okolicy wnęki płuc. Serce skurczone, komórki zawierają po kilka kropli krwi płynnéj ciemnéj. Żołądek zawiera około 200gr. treści płynnéj. Po rozcięciu nad naczyniem daje się czuć wyraźna woń migdałów gorzkich, z żołądka wylewa się treść płynna, gęstawa, koloru ciemno-brunatno-czerwonego, oddziaływająca alkalicznie a próba Preyera-Schönbeina, uskuteczniona natychmiast, wykazała obecność połączenia sinowodowego. Błona śluzowa żołądka ułożona we fałdy jest pokryta gęstą warstwą śluzową, jużto ciemniéj, jużto jaśniéj czerwoną. Dwunastnica obok odźwiernika okazuje podobne zmiany jak żołądek, dalsze części błony śluzowéj są wejrzenia prawidłowego. W innych narządach zmian nie znaleziono.

Przypadek II. Kobieta, lat 24 liczyć mogąca, przedstawia następujące zmiany: Plamy pośmiertne zwykłéj barwy fijoletowéj. Na szczycie sklepienia pod skórą widać podbiegnięcie wielkości półcenta ściśle ograniczone. Z mózgu wydobywa się woń migdałów gorzkich lubo w bardzo nieznacznym tylko stopniu. Płuca przekrwione, naczynia wnęki wypełnione krwią ciemną, płynną, kilka wynaczynionek podopłucnowych. Płat lewy dolny mocno przekrwiony, górny, jakoteż środkowy, zalewają się płynem pienistym różowym. Na powierzchni zewnętrznéj obydwu płuc widać miejsca jaśniejsze, wysepkowato umieszczone wśród tkanki ciemnéj, zabarwione podobnie do zawałów krwawych, klinowato w miąższ wchodzących, ale nie ściśle ograniczonych. Mięsień sercowy jędrny, komórki nie zawierają krwi. W tchawicy błona śluzowa powleczona mierną ilością śluzu, po oddaleniu którego okazuje wyraźne nastrzykanie. Żołądek wypełniony miazgą pokarmową płynną, błona śluzowa okazuje tylko niektóre fałdy na szczycie jednostajnie przekrwione i w dnie żołądka w jedném miejscu mocniejsze nastrzykanie naczyń. Treść żołądka oddziaływa kwaśno. Próba Preyera wykazuje obecność połączenia kwasu pruskiego. Krew nie różni się od zwykłéj krwi trupiéj, ani wejrzeniem, ani téż badana w przyrządzie spektralnym.

Rozbiór objawów: Zabarwienie plam pośmiertnych bywa bardzo rozmaite, raz są one jasno-czerwone, drugim

razem ciemno-fijoletowe, a często zwykłéj barwy fijoletowéj, nie różniąc się od zwykłych plam trupich tak, że niektórzy autorowie nie zwracają wcale uwagi na zabarwienie plam trupich w przypadkach otrucia kwasem sinowodowym. Również niestałém i niepodlegającém żadnemu prawidłu jest zabarwienie krwi. Gdy jedni autorowie (Tardieu, Taylor, Orfila) przyznają krwi barwę wybitnie ciemną, drudzy (Casper, Liman, Frank, Maschka, Seydel) nadają jéj zabarwienie wahające się między jasno-wiśniowo-czerwoném a purpurowém, tak że pod tym względem między autorami nie ma zgody. Taylor przypisuje nawet w pewnym przypadku czarnemu zabarwieniu krwi znaczenie jedynego charakterystycznego objawu otrucia kwasem pruskim. W naszym przypadku krew miała zabarwienie ciemne, a więc takie, jakie zwykle u trupów spostrzegamy.

Płynność krwi stwierdzono we wszystkich prawie przypadkach otrucia kw. pruskim i ten też przypadek nie stanowi pod tym względem wyjątku. Zmiany w płucach znalezione nie przedstawiają nic charakterystycznego, a brzegi ich nadmiernie rozdęte, wybroczyny podopłucnowe i ogólne przekrwienie płuc są zwykłemi objawami śmierci z uduszenia, nieokreślającemi jéj bliżéj. Co większa niektórych z tych objawów może być brak zupełny, a jak w większéj ilości przypadków przekrwienie płuc zostało stwierdzoném, tak nie brak obserwacyi bezkrwistości płuc w przypadkach otrucia kw. pruskim. Od czego ta rozmaitość zależy, nie jest wiadomém, a Preyer stara się uczynić ją zależną od dawki użytéj trucizny, twierdząc, że po podaniu ustrojowi mniejszych lub bardzo rozcieńczonych dawek kw. pruskiego płuca po śmierci znajdujemy w stanie przekrwienia, podczas gdy po podaniu większych dawek i po natychmiastowéj śmierci płuca znajdujemy w stanie niedokrewnym. Wszystkie dotąd wyliczone zmiany nie wystarczają jeszcze lekarzowi sądowemu do rozpoznania otrucia i dopiero, gdy czuje woń charakterystyczną, do woni migdałów gorzkich pospolicie przyrównywaną, wtedy dopiero staje na gruncie nieco pewniejszym. Sprawdzenie obecności téj woni nie jest czasem tak łatwą rzeczą, jakby się zdawać mogło, bo raz zależy ona od jakości preparatu sinowodowego do otrucia użytego, a powtóre może być przez woń ciał innych mniéj lub więcéj zmienioną, a w skutek tego wątpliwą. Jako ciała takie poczytuje v. Hasselt piwo porterowe, a Taylor dym tytuniowy. Woń ta migdałów gorzkich, a według Preyera woń roztartéj pluskwy, już po użyciu dawki 0·05 kw. sinowodowego czuć się daje, zwłaszcza w żołądku. W miarę jak trup ulega rozpadowi gnilnemu, woń ta ginie, a po kilku a czasem po kilkunastu dopiero dniach znika zupełnie.

Ważną jest kwestyja, czy woń ta cechuje jedynie kw. sinowodowy, czy też i innym ciałom jest właściwą? Otóż olejek migdałów gorzkich od kwasu sinowodowego oczyszczony i nitrobenzol są ciałami, woń migdałów gorzkich posiadającemi. Pierwsze z tych ciał w praktyce sądowéj prawie nienapotykane z powodu bardzo nieznacznych własności szkodliwych dawek większych, a według niektórych nawet zupełnéj nieszkodliwości, a powtóre z powodu nader wysokiéj ceny, wśród innych zresztą ostrożności, jak badania chemicznego, wykluczoném być może. Drugie zaś, t. j. nitrobenzol, sprawia pewne cechujące go zmiany, po których jakotéż i badaniem chemiczném łatwo wykryć go można. Obecność więc woni migdałów gorzkich po śmierci, stwierdzona po wykluczeniu wspomnianych dwóch ciał, przemawia z wszelkiém prawdopodobieństwem za otruciem kwasem sinowodowym, brak atoli téj woni przeciwko otruciu wnioskować jeszcze nie pozwala. Znane są bowiem przypadki, że w razie niewątpliwego otrucia kwasem sinowodowym woni migdałów gorzkich stwierdzić nie zdołano, i tak Jüdell podaje, że w 3ch przypadkach na 19, a Taylor w 2 na 13 woni migdałów gorzkich wcale nie stwierdzili. W naszych przypadkach woń ta dawała się silnie czuć tak po otwarciu czaszki i rozkrojeniu mózgu, jak następnie po rozcięciu żołądka. Obydwa przypadki wydarzyły się równocześnie, obydwoje znaleziono w jednym pokoju, a więc domyślać się wypadało, iż oboje jednego rodzaju trucizną życie sobie odebrali. Pod tym względem atoli zachodzą pewne wątpliwości. Brak zmian w żołądku, które cechują otrucie sinkiem potasu, przemawia za tém, że oboje zginęli w skutek zażycia kw. pruskiego, za czém też przemawia oddziaływanie kwaśne treści żołądkowéj w przypadku drugim. Lecz jakże sobie wytłumaczyć oddziaływanie alkaliczne w przypadku pierwszym? Przypuścić, iż mężczyzna otruł się sinkiem potasu a kobiecie podał kw. pruski, jest prawie rzeczą niepodobną z powodu, że samobójstwo odbyło się jednocześnie i w jedném miejscu, a gdybyśmy nawet to przypuścili, to brak zmian cechujących otrucie sinkiem potasu przemawiałby przeciw użyciu tego preparatu przez mężczyznę. Mimo to wszystko użycie sinku potasu wydaje nam się być prawdopodobniejszém, aniżeli kwasu pruskiego, podstawą tego prawdopodobieństwa jest oddziaływanie alkaliczne treści żołądkowéj w przypadku pierwszym, które byłoby trudném do wytłumaczenia przypuszczając użycie kw. pruskiego, oddziaływanie zaś kwaśne w drugim przypadku łatwo daje się wytłumaczyć, jeżeli przypuścimy, że sinek potasu podany został kobiecie w objętku kwaśnym (np. w limonadzie lub winie), lub że treść żołądkowa była kwaśna przed zażyciem trucizny; w takim razie odpada i swoiste działanie sinku potasu i brak zmian cechujących użycie tego środka. Natomiast tłumaczy się łatwo oddziaływanie alkaliczne treści żołądka u mężczyzny, który jako odważniejszy zażył zapewne truciznę czystą; brak zaś zmian anatomicznych w żołądku tłumaczyć można użyciem względnie małéj ilości sinku potasu, która może wystarczyła do wywołania otrucia, ale była niedostateczną do sprowadzenia rozpulchnienia i imbibicyi krwawéj błony śluzowéj żołądka.

We wszystkich przypadkach podejrzanego otrucia kw. sinowodowym lub jego połączeniami lekarz sądowy powinien wykonać próbę chemiczną czyto na treści żołądka, czytéż na krwi, na żołądku samym lub innych organach trupa. Jako próbą wstępną, niewymagającą wielkich zachodów, posługujemy się w tym celu próbą Schönbeina-Preyera, która zdolną jest wykazać kwas sinowodowy, względnie jego połączenia, nawet wtedy jeszcze, gdy kwas pruski znajdzie się w płynie badanym w stosunku jak 1 : 120,000.000. Jestto więc próba nadzwyczaj czuła, jakkolwiek dotąd jest tylko czysto doświadczalną. W obydwóch przedstawionych przypadkach próba ta wykonana w treści żołądkowéj dała wynik dodatni, a tém samém ustaliła ostatecznie rozpoznanie. Próba ta została co do swéj pewności zakwestyjonowaną przez Renarda, który twierdzi, że ślady dymu tytuniowego, amonijaku i nitrobenzolu oddziaływają na nią w podobny sposób jak kw. pruski. Wielokrotnie powtórzone próby przekonały nas, że twierdzenie co do dwóch pierwszych ciał nie jest bez podstawy. Krew zmieszana z dymem tytuniowym, próbą Preyera badana, wykazuje barwę niebieskawą, która wkrótce przechodzi w ciemną, prawie czarną.

Barwa ta atoli różni się od barwy kwasem pruskim wywołanéj têm, że gdy pierwsza jest ciemna, nieprzeźroczysta i zaledwie dostrzegalna, ostatnia jest pięknie lazurowo-niebieską, zupełnie przeźroczystą i przy bardzo małych już ilościach kwasu pruskiego wyraźną. Reakcyja ta nie jest bynajmniéj zjawiskiem uderzającém wobec tego, że jak to Żuliński podaje (O wpływie dymu tytuniowego na ustrój ludzki. Przegląd Lekarski, 1884, Nr. 2) dym tytoniowy zawiera kwas pruski w minimalnych wprawdzie ilościach, bo 3—8mlgr. w dymie ze spalenia 400gr. tytoniu.

Amonijak według Renarda jest drugiém ciałem, które podobnie oddziaływa jak kwas sinowodowy. Jeżeli dodamy do krwi amonijaku w większéj nieco ilości, to przy próbie téj otrzymamy barwę żółtą, i to z początku jasno żółtą, późniéj wpadającą w odcień zielony a wreszcie przechodzącą w barwę brunatną. W takiéj więc ilości amonijak nie naśladuje reakcyi kw. pruskiego. Jeżeli atoli do krwi dodamy amonijaku w bardzo małéj ilości (na 15ctm. krwi 1 kroplę amonijaku) to otrzymamy przy próbie Preyera barwę zielonawo-niebieską, która dla mniéj wprawnego oka uchodzićby rzeczywiście mogła za barwę kw. pruskiemu odpowiadającą. Kto atoli widział tę pięknie lazurowo-niebieską przeźroczystą barwę, którą daje kwas pruski, ten potrafi ją odróżnić od zielonkowato niebieskiéj barwy przy obecności śladów amonijaku występującéj.

Natomiast na twierdzenie Renarda co do zachowania się nitrobenzolu wobec próby Preyera już wcale zgodzić się nie można, a to na podstawie wielokrotnie z ujemnym wynikiem powtarzanych prób [1]). Jakkolwiek więc zarzuty Renarda nie są uzasadnione a wynik dodatni próby Preyera i Schönbeina w każdym razie ma wielką wartość rozpoznawczą, to jednak ma ona tę ujemną stronę, że czasem zawodzi, pomimo że mamy notoryjny przypadek otrucia sinkiem potasu, a Hofmann podaje, że zawodu doznawał nieraz, zwłaszcza jeżeli treść żołądkowa oddziaływała kwaśno a więc właśnie wtedy, gdy w braku zmian anatomicznych na próbie téj najwięcéj zależało. Ale też w takich razach, jak podaje Ludwig w swéj chemii lekarskiéj, i inne próby bardziéj powikłane także zawodzą.

Badanie spektralne w otruciu w mowie będącém pozostaje zupełnie bez skutku, jak się przekonaliśmy w przypadku 2im, albowiem jak to już stwierdził Hoppe-Seyler, widmo spektralne krwi z kwasem pruskim lub jego połączeniami niczém się nie różni od widma krwi zwykłéj czystéj.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do statystyki i kazuistyki nieżytu dróg oddechowych, jego następstw i powikłań.

(Urywek ze sprawozdania za r. 1883).

Przez prymaryjusza **Dra St. Paszkowskiego.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

15. Zacharyjasz Leptis lat 60 liczący wyrobnik przybył do szpitala d. 9/3, zmarł 29/3. Przed 4 miesiącami wyszedł ze szpitala, gdzie leżał z powodu kaszlu, duszności i opuchliny przez 12 dni. Trzy tygodnie przed przybyciem obecném kaszel zwiększył się i pojawiła się opuchlina najprzód odnóg dolnych. Stan obecny d. 10/3: Budowa dobra, odżywienie liche, sinica twarzy, opuchlina odnóg dolnych; żyły szyjne wydęte, rozedma płuc znacznego stopnia, objawy nieżytu oskrzelowego w dolnych tylnych częściach; opuchlina brzucha; wątroba na 3 palce niżéj łuku żebrowego macalna. Stan prawie bezgorączkowy (36·4—37·9), raz tylko w dzień przed śmiercią 38° C. w. Duszność, opuchlina i osłabienie szybko się zwiększały. Badanie d. 16/3 (więc tydzień po przybyciu chorego do szpitala) wykazało wątrobę na 4 palce niżéj łuku macalną a 13/3, tj. 4 dni po przybyciu, obrzęk moszen. Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, tumor hepatis, hyperaemia renum passiva.*

Rozpoznanie anatomiczne zgodnie z klinicznêm wykazało: *Bronchitis diffusa, emphysema partium marginalium pulmonum. Oedema chronicum et bronchiectases partium restantium, hyperaemia partis posterioris pulmonis utriusque. Hypertrophia excentrica musculi utriusque cordis cum degeneratione adiposa ejus. Hyperaemia passiva renum, hyperaemia et degeneratio adiposa hepatis.*

Prócz tego jednak wykazała nekroskopija nierozpoznane za życia zgrubienie opłucny z następową marskością płuc, (*Pleuritis fibrosa obsoleta insignis sequente cirrhosi pulmonum*) również zrost blaszek osierdzia (*Synechia totalis utriusque laminae pericardii*) i wysięk osierdziowy serowato przeobrażony (*degeneratio partialis caseosa exsudati pericardii*). Dwie te znakomite zmiany nie przedstawiały za życia żadnych objawów. Szmerów osierdziowych ani śródsierdziowych nie było, a przy ogólnéj opuchlinie, gdzie przesiąków w jamie opłucnowéj i w osierdziu (*Hydrothorax et Hydropericardium*) spodziewać się można było, zwiększony wymiar stłumienia wypukowego w okolicy serca, choćby stwierdzony, odniesionoby do przesiąku a nie do wypociny. Lekką pod koniec życia gorączkę 38—37·7 od 23/3 do 29/3 tłumaczono sobie jako pochodzącą z następowych zmian w płucach po rozległym długo trwałym nieżycie oskrzelowym a nie odnószono jéj do rozsianéj gruźlicy, którą sekcyja wykazała, a która miała swe źródło w wypocinie osierdziowéj po części zserowaciałéj. Wreszcie protokół sekcyjny mówi o *cysticercus ad covexitatem cerebri sulci longitudinalis et corporis acllosi*", którego rozpoznanie za życia jest bezwzględnie niemożebną rzeczą. Z tego wszystkiego wynika, że w tym przypadku sprawa zapalna (zapalenie opłucny i osierdzia) z dążnością do włóknistego przeobrażenia i zserowacenia była chorobą pierwotną a ztąd wytłumaczyć sobie można snadnie wszystkie następowe zmiany za życia rozpoznane, jako też i te, które tylko sekcyja wykazała. W każdym razie ważną jest rzeczą, że w obec braku zmian gruźliczych w płucach lub innych narządach (gruczołach) wysięk osierdziowy przeszedł w serowate przeobrażenie i jako taki wywołał ostrą gruźlicę; następnie uderza w oko pewna pokrewność a może związek przyczynowy między włóknistém przeobrażeniem a zserowaceniem, bo przecież nie można przypuścić, ażeby zapalenie osierdzia miało inną podstawę, jak dawniéj przebyte zapalenie opłucny. Dla czego zmiany te zlokalizowały się na błonach surowiczych klatki piersiowéj, tego rozstrzygać nie będziemy. Z nader pouczającego tego przypadku wynika zatém:

1) Zapalenia wysiękowe osierdzia mogą być jedynemi objawami gruźlicy.

2) Przeobrażenie włókniste albo pokrewne jest zserowatém albo usposabia do gruźlicy nie tylko ten narząd, w którym tkwi, ale i inne.

[1]) W toksykologii Lewina, właśnie wyszłéj, również znajdujemy (str. 181) wzmiankę, że nitrobenzol oddziaływa tak jak kw. pruski; autor powtarza poprostu mylne zdanie Renarda, jak to czyni i Seydel (w dziele Maschki).

3) Zrost całkowity blaszek osierdziowych może nie dawać żadnych pewnych znamion rozpoznawczych.

4) Bardzo znaczne zgrubienie włókniste blaszek opłucnowych nie daje charakterystycznych znaków rozpoznawczych.

16. Franciszek Nardenbruch lat 58 liczący wyrobnik przyjęty do szpitala d. 5/3, zmarł d. 1/4 1883. Przed miesiącem opuścił z powodu braku miejsca szpital, gdzie leżał przez dwa tygodnie z powodu kaszlu i duszności. Obecnie te same dolegliwości tylko w wyższym stopniu. Stan obecny d. 5/3: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra blada, obrzęk nóg, klatka piersiowa wypukła, żyły szyjne wydęte, rozedma płuc znaczna, nieżyt oskrzelowy rozległy suchy. Puchlina klatki piersiowéj (*Hydrothorax*), puchlina brzucha. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony stan bezgorączkowy, tętno 96 n. m. Moczu c. g. 1,028, białka ślad dobrze spostrzegalny; ciałka ropy, nader pojedynczo tu i owdzie wałeczek Belliniego.

Rozpoznanie kliniczne: *Bronchitis diffusa*, *emphysema pulmonum. Hydrops universalis.* Przebieg: 11/3 kilkorazowe rozwolnienie, zresztą przez cały czas pobytu zaparcie stolca uporczywe. D. 31/3 podano choremu lek przeczyszczający (*Aq. lax. c. sal. amar.*), w nocy umarł.

Rozpoznanie anatomiczne: *Bronchitis diffusa, emphysema vesiculare praestans oedema, acutum pulmonum, pleuritis fibrosa bilateralis. Hypertrophia excentrica majoris gradus cordis dextri et degeneratio adiposa musculi cordis. Hyperaemia passiva et degeneratio adiposa hepatis*; *hyperaemia passiva renum*; *tumor lienis chronicus. Oedema laryngis. Hydrops anasarca praestans, ascites et hydrothorax praecipue sinister.*

Objawy przerostu prawéj komory serca (zaostrzenie 2giego tonu nad tętnicą płucną) zanotowano w historyi choroby. Ważném jest, że za pierwszorazowym pobytem w szpitalu przed miesiącem nie było objawów przerostu prawéj komórki serca.

Objawy nerki zastoinowéj zanotowano również w historyi choroby (mała ilość wysyconego moczu zawierającego białko w małéj ilości i tu i owdzie wałeczki Belliniego). Zauważyć należy, że przed miesiącem podczas pierwszorazowego pobytu chorego w szpitalu od 21/1 do 3/2 ani białkomoczu nie było ani opuchliny, ale że wtedy obserwowano napady dychawicy (*asthma bronchiale*).

Powiększenia śledziony za życia wykazać nie można było ani podczas pierwszego ani podczas powtórnego pobytu chorego w szpitalu.

Objawy nieżytu zastoinowego żołądka i kiszek zanotowano jako brak łaknienia, uporczywe zaparcie stolca czasem tylko na przemian z rozwolnieniem.

Podczas pierwszorazowego pobytu chorego w szpitalu skonstatowano znaczny obrzęk wątroby (na 4 palce niżéj łuku żebrowego) o brzegu gładkim, grubym, powierzchni równéj, czego nie spostrzeżono za powtórném przybyciem chorego, owszem stwierdzono wymiary wątroby prawidłowe, ale stwierdzono już opuchlinę brzucha (*ascites*), nastąpił więc w przeciągu 4 tygodni zanik wątroby muszkatołowéj, którego i inne objawy były wyraźne (opuchlina brzucha w niestosunku do opuchliny odnóg dolnych).

Objawów zgrubień włóknistych opłucnowych znowu nie było (patrz poprzedni przypadek).—Zresztą protokół sekcyjny zgadza się z kliniczném rozpoznaniem, a z zestawienia wyników nekroskopii z objawami za życia wybadanemi wynika:

1) Zanik muszkatołowéj wątroby łatwo rozpoznać się dający przez uwzględnienie: *a*) warunków do zastoin w ogóle (*Bronchitis, emphysema pulm., vitium cordis*; *b*) przez zmniejszenie się pierwéj powiększonéj wątroby; *c*) opuchliny brzucha zwiększającéj się niestósunkowo znacznie do obrzęku nóg. Zanik ten wątroby występuje na parę tygodni przed skonem.

2) Równocześnie prawie występuje nieżyt zastoinowy kiszek objawiający się uporczywém zaparciem stolca jakotéż 3) i zastoinowe przekrwienie nerek, którego objawy wyżéj podano.

4) Dosyć znaczny obrzęk śledziony może ujść rozpoznaniu. O badaniu śledziony i pewnym wyniku tego badania pomówimy na innëm miejscu.

5) U chorych z nieżytem oskrzelowym i rozedmą płucną jedną z ostatecznych przyczyn smierci bywa ostry obrzęk płuc i krtani.

17. Franciszek Lipiński l. 74 l. wyrobnik przybył 11/5, zmarł 14/5 1883. Od 2 tygodni osłabienie ogólne i ból w krzyżach, zresztą nic od chorego dowiedzieć się nie można. Stan obecny 12/5: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra blada, język obłożony; w szczycie prawego płuca objawy nieżytu oskrzelowego; rozedma płuc znaczna; klatka piersiowa w całości plaska; w dolnych częściach z tyłu klatki piersiowéj objawy przysłuchowe nieżytu oskrzelowego suchego. Po obu stronach w pasze oddech b. mocno zaostrzony, bez zmiany wypukowego odgłosu w témże miejscu, nad żyłami szyjnemi buczenie; tony serca tępe; wątroba pod łukiem żebrowym macalna; tętno miękkie 96 n. m. Ciepłota 36·9—37.6. Drżenie palców u rąk.

Rozpoznanie: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, marasmus in potatore.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema vesiculare pulmonis utriusque, pneumonia crouposa in stadio hepatisationis griseae lobi inferioris pulmonis sinistri et pneumonia incipiens partium posteriorum pulmonum*; *bronchitis diffusa, oedema chronicum partium restantium pulmonum. Pleuritis fibrosa obsoleta ambilateralis insignis. Hypertrophia excentrica utriusque cordis et degeneratio adiposa incipiens musculi cordis. Endocarditis papillaris valvularum semilunarium aortae*; *processus atheromatosus aortae, arteriarum coronariarum cordis et arteriarum ad basim cerebri. Degeneratio adiposa et hyperaemia passiva hepatis, tumor lienis chronicus. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus cum degeneratione fibrosa glandularum mesaraicarum.*

Zapalenia płuc włóknistego w okresie zwątrobienia szarego, które sekcyja wykazała, a z którém chory trzy dni tylko w szpitalu bawiący już przyszedł niezawodnie, nie rozpoznaliśmy. Badanie miejscowe wykazywało bardzo znaczny nieżyt oskrzelowy a ogólnych objawów zapalenia płuc wcale nie było. Przebieg ciepłoty ciała przez 3 dni pobytu w szpitalu był następujący 37·5 r.; 36·9 w. 37. r. 37. w. 37·2 r. 37·6 w. 36·5 tętno 90 miękkie, nikłe tony tępe. Szczegółowy protokół sekcyi wykazuje, że naciek był niewielki i że zajmował część środkową płatu dolnego lewego. Plwocin rdzawych nie było. Przebieg takich zapaleń płuc astenicznych znany jest dobrze, to co tu przytaczamy jest tylko dowodem, że o omyłkę w podobnych przypadkach nie trudno, że czasem nawet najmniejsze podniesienie ciepłoty ciała nie zamarkuje rozpoczynającego lub szerzącego się zapalenia płuc astenicznego. Albowiem sekcyja wykazała i w drugiém płucu w tylnéj części rozpoczynający się naciek a mimo to stwierdzono stan bezgorączkowy w ostatnich dniach choroby

jak i przedtém. Następnie sekcyja zrobiła nam znowu niespodziankę, stwierdziwszy zapalenie opłucny włókniste znacznego stopnia; o możności rozpoznania takowego mówiliśmy już dwa razy. Zapalenie brodawkowate zastawek półksiężycowych tętnicy głównéj (*Endocarditis papillaris valvularum semilunarium aortae)* było prawie bez objawów (tony nad aortą tępe); sprawę miażdżycową w ogólności objęto już mianem uwiądu (*marasmus*), co do miażdżycy tętnic wieńcowych w tym właśnie przypadku żadnego nie było objawu, z któregoby się jéj nawet domyślać można było. Sekcyja wykazała następnie przerost prawéj komórki, którego oznak za życia stwierdzić nie można było właśnie dla tego, że mięsień sercowy już był zwyrodniały a czynność jego słaba. Następowe zmiany wątroby rozpoznano za życia, obrzęku śledziony znów wykazać nie można było; objawy nieżytu zastoinowego żołądka i kiszek były wyraźne za życia, a następowe włókniste przeobrażenie gruczołów krezkowych *(degeneratio fibrosa glandularum mesaraicarum)* zawsze wprost usuwa się z pod rozpoznania; warto jednak zanotować, że istnieć może w następstwie długotrwałego nieżytu zastoinowego kiszek, boć trudno przypuścić, żeby między temi sprawami obydwiema zachodził związek przyczynowy wręcz odwrotny. Z porównania historyi choroby tego przypadku z wynikiem sekcyi wynika: 1) Znaczny proces miażdżycowy w tętnicach wieńcowych żadnych może nic dawać oznak rozpoznawczych za życia. Zapalenie brodawkowate zastawek tętnicy głównéj również istnieć może bez znaków za pomocą badania fizycznego wyśledzić się dających. 2) Zapalenie włóknikowe płuc czasem nawet ani najmniejszém podniesieniem się ciepłoty ciała nie markuje się w formie swéj astenicznéj, któréj przebieg i właściwość zresztą znane powszechnie, 3) Nawet bardzo znaczne zapalenie włóknikowe opłucny usuwa się z pod rozpoznania za życia.

18. Ferdynand Idzikowski l. 83 żebrak przybył 17/5, zmarł 29/5 1883. Z końcem marca b. r. opuścił szpital, gdzie leżał przez $2\frac{1}{2}$ miesiąca z rozpoznaniem: *„Bronchitis, emphysema pulmonum, Ischias d.* Wkrótce po wyjściu dawne dolegliwości stopniowo wzmagały się a od paru dni przystąpiła do tego duszność bardzo znaczna i kłucie w prawym boku. Stan obecny d. 18/5: Budowa dobra, odżywienie liche, skóra bardzo blada, język suchawy, obłożony. Dołki nad—i podobojczykowe zapadnięte, mięśnie obojczykomostko-sutkowe mocno się markują, rozedma płuc znaczna, szczyty płuc wolne; z przodu kl. piersiowéj wdech po prawéj stronie mocno zaostrzony, toż samo w pasze po obu stronach z tyłu u dołu klatki piersiowéj stłumienie po obu stronach, wyraźniejsze po stronie lewéj; szmery oddechowe tamże słabsze, po lewéj z głębi przebija oddech oskrzelowy; tony serca głuche. W moczu ślad białka, nader pojedynczo wałeczki Belliniego; c. g. 1,021, chlorki zmniejszone; stan bezgorączkowy; plwociny rdzawe, tętno 90 słabe.—21/5: Objawy wyraźne nacieku po obu stronach z tyłu w dolnéj części. Przebieg gorączki od 21/5—28/5: 37°C.—37·4° C. t. 136 w. 37.8 r. 37·8, 37·5—36.9, 38° C. 37·7, 37—36·4, 37·6—37 tętno słabsze bardzo miękkie, w przedostatnim dniu charczenie jako objaw rozpoczynającego się obrzęku płuc i arytmija tętna wyraźna; oznaki miejscowego cierpienia w jednakowéj mierze się utrzymują. Rozpoznano: *Bronchitis diffusa, emphysema pulmonum, atheroma arteriarum subsequente pneumonia nota.*

Rozpoznanie anatomiczne: *Emphysema pulmonum senile, pneumonia recens partium inferiorum lobi inferioris dextri. Bronchitis diffusa. Bronchiectases praecipue pulmonis sinistri. Pneumokoniosis*; *atrophia senilis fusca musculi cordis. Processus atheromatosus aortae. Hypertrophia levioris gradus et dilatatio ventriculi cordis dextri. Degeneratio adiposa et hyperaemia passiva hepatis. Tumor lienis chronicus. Nephritis interstitialis chronica. Catarrhus ventriculi et intestinorum chronicus atrophicus, marasmus universalis.*

Oddech oskrzelowy, który słyszeć się dawał przy każdorazowém badaniu od początku przyjścia chorego do szpitala po lewéj z tyłu i stłumienie tamże zależne były od zbitego miąższu naokoło rozstrzeni oskrzelowéj; po prawéj stłumienie z oskrzelowym oddechem odpowiadało świeżemu naciekowi. D. 21/5 pylicy nie rozpoznano, zapewne zapadnięcie klatki piersiowéj z przodu dawało w ogóle objaw induracyi i znak ten był zanotowany w historyi choroby. Obrzęku śledziony nie stwierdzono za życia a zmianę w nerkach, którą sekcyja wykazała jako zapalenie śródmiąższowe chroniczne zanikowe (*Nephritis interst. chr. atroph.*) uważano za nerkę zastoinową wedle oznak rozbioru moczu i istniejącéj w chorobie głównéj przyczyny takowéj. Z tego wszystkiego wynika: 1) Zapadnięcie klatki piersiowéj obustronne (symetryczne) bez wyraźnych innych objawów retrakcyi po zapaleniu opłucny (*retrecissement thoracique*) między innemi o pylicy myśleć nakazuje. 2) Objawy nerki zastoinowéj są te same co w zapaleniu śródmiąższowém zanikowém przewlekłém u starców *(nèphr. interst. chr. atroph.*). (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: **Doświadczalne i patologiczno-anatomiczne badania nad gruźlicą.**

Jak już w poprzedniéj części mego referatu wspomniałem, autor jest zwolennikiem teoryi proliferacyjnéj przy powstawaniu komórek olbrzymich; przyznaje jednak, że nie udało mu się dotąd wynaleźć figur karyokinetycznych w komórkach epitelioidowych o więcéj jądrach, co dopiero możnaby uważać za niewątpliwy dowód prawdziwości téj teoryi. Szczepiąc do komory przedniéj oka masy gruźlicze nie zauważył autor ani w gruzełkach tęczówki ani rogówki komórek olbrzymich, nie znalazł ich także w najbliższych gruczołach limfatycznych, zajętych następowo gruźlicą. Po zaszczepieniu jednak produktów perłowiny, ubogiéj jak wiadomo w laseczniki, lub po wczesném oddaleniu gałek ocznych zakażonych laseczникami w celu przeszkodzenia dostaniu się tych ostatnich w wielkiéj ilości do organów wewnętrznych, znajdował zawsze liczne komórki olbrzymie w gruzełkach. Dzielenie się komórek epitelioidowych i pomnażanie się ich w gruzełku przypisuje wpływowi laseczników, które mają być przyczyną figur karyjokinetycznych w jądrach, dzielenia się takowych i ich pierwoszczy. Jeżeli laseczników jest za mało, jak to właśnie ma miejsce po zaszczepieniu perłowiny lub wczesném wyłuszczeniu gałek ocznych, to wpływ ten laseczników wyczerpie się, zanim przyjdzie do dzielenia się pierwoszczy, pozostają rozmnożone tylko jądra w jednéj masie pierwoszczy i mamy obraz komórki olbrzymiéj. Za mała ilość laseczników byłaby zatém przyczyną tworzenia się komórek olbrzymich i ten tak wyrozumowany wpływ laseczników uważa autor za najlepsze poparcie swéj teoryi proliferacyjnéj. Teoryja ta jednak tak na pozór prawdopodobna staje w wielkiéj kolizyi z faktami anatomicznemi, jakie dotąd znamy o komórkach olbrzymich, mianowicie w gruźlicy. Że powstawania komórek tych nie można tłumaczyć jakąś za małą

ilością laseczników, których wpływ, ponieważ jest ich właśnie za mało, ma się niby wyczerpnąć śród dzielenia jąder, zanim przyjdzie do dzielenia się także i pierwoszczy, wynika już z téj okoliczności, że w komórkach olbrzymich, a czasem prawie tylko w nich, znajdujemy laseczniki i to niekiedy w zdumiewająco ogromnéj ilości. Bylato dostateczna ilość pasorzytów, aby i pierwoszcza się podzieliła. Ta właśnie okoliczność jak sprzeciwia się wprost teoryi proliferacyjnéj autora, tak znowu może posłużyć za silną podstawę dla teoryi konfluencyjnéj, któréj głównym obrońcą jest Arnold. Skoro dzisiaj nie ulega już wątpliwości, że propagacyja laseczników odbywa się przez naczynia limfatyczne i krwionośne (Ponfick, Weigert), to cóż bliższego, jak przypuszczenie, że komórki olbrzymie są właśnie tylko przekrojami poprzecznemi lub skośnemi naczyń mniéj lub więcéj gruźliczo zmienionych, a do których dostały się laseczniki i dały początek gruzełkom dotyczącego miejsca. Komórki olbrzymie i mała ilość laseczników w pewnych (chronicznych) produktach gruźlicy zostają z sobą w pewnym stosunku, ale tego nie nazwałbym przyczynowym, jak to utrzymuje autor, lecz ilościowym a wynikającym równocześnie z wspólnéj a nieokreślonéj jeszcze dzisiaj dokładnie (mimo prac Ponficka i Weigerta) przyczyny, która sprawia u jednego indywiduum gruźlicę prosówkową ostrą, u innego zaś chroniczną trwającą całe lata, chociaż w obu razach ostateczny czynnik jest jeden i ten sam, tj. laseczniki. Być może, że w naczyniach krwionośnych i limfatycznych krążące laseczniki napotykają pewne przeszkody, w skutek ktorych z endotelijów powstają t. z. komórki olbrzymie, te mogłyby przynajmniéj do pewnego stopnia wstrzymywać laseczniki od rozszerzenia się po całym organizmie i od wywołania w każdym przypadku gruźlicy ostréj. Byłbyto wtedy stosunek przyczynowy komórek olbrzymich do małéj ilości laseczników, ale wprost przeciwny temu, jaki przypuszcza Baumgarten. Więcéj jeszcze za teoryją konfluencyjną niż powyższe moje przypuszczenia przemawiają obrazy drobnowidowe komórek olbrzymich, a w tak przekonywający sposób przedstawione w publikacyjach Arnolda *(Archiw Virchowa)* a niedawno Orthmanna (*Archiw Virchowa* t. 100, zeszyt 3). Z méj strony dodałbym tylko, że komórki olbrzymie (a mam tylko gruźlicę na myśli) nie wszystkie czynią wrażenie komórek w tém znaczeniu, w jakiém powszechnie słowo to dzisiaj pojmujemy. Centrum komórek olbrzymich o jądrach obwodowo umieszczonych (Langhans) nie koniecznie musi być pierwoszczą, ponieważ nie zawiera jąder dających się zabarwić. Tak samo możemy je uważać za część gruzełka, która uległa nekrozie koagulacyjnéj. W innych znowu przypadkach około jąder nibyto komórki olbrzyméj można niekiedy dokładnie rozróżnić obwódki protoplasmatyczne, dające się oddzielić od sąsiednich, czyli że komórka olbrzymia nie jest komórką ale konglomeratem takowych. Wśród gruzełka, zwłaszcza częściowo już zserowaciałego, można niekiedy zauważyć komórki olbrzymie, których obwodowe ułożenie jąder ma to osobliwego, że takowe (jądra) przedstawiają tylko pewien ułamek koła lub elipsy, w brakującéj zaś części tych figur widzimy przy znacznych zwiększeniach i immersyi pewien rodzaj łuków inaczéj zabarwionych (o ile o barwie tych mas mówić można) i o inaczéj ułożonych molekułach nekrotycznych, przypomina to żywo ściany naczyń uległych nekrozie koagulacyjnéj. Łuki te dokładnie łączą przerwane końce elipsy lub koła i zdają się przecież przemawiać za powstaniem takiéj komórki z endotelijów naczynia. Zarzut autora przeciw przypuszczeniu endotelijalnego pochodzenia komórek olbrzymich, że komórki te powstają i w gruzełkach organów bez naczyń, jak np. rogówka, wydaje mi się najmniéj usprawiedliwionym, bo sam zwraca uwagę na innêm miejscu na liczne nowowytworzone naczynia w tkance rogówkowéj, jeżli takowa jest siedzibą gruzełków. (Dok. n.)

Przyczynki do antyseptyki w chirurgii.

II.

Dr. Kümmell: Zakażenie dotykiem i powietrzem w chirurgii.

K. zastanawia się nad następującemi pytaniami: Czy środki dezinfekcyjne zwykle trująco na organizm działające są koniecznie potrzebne do zupełnéj dezinfekcyi, czy one są jedynie zbawiennemi działaczami w dzisiejszych pomyślnych skutkach zabiegów chirurgicznych, czy posiadamy szybko i pewnie działający środek antyseptyczny, a wreszcie jakie ma znaczenie powietrze ze względu na zakażenie ran? Dwie są drogi, na których zakażenie ran do skutku przyjść może, a to albo drogą zetknięcia się z raną rąk, narzędzi, gąbek itd., albo téż drogą powietrza.

Kümmell nie wykonywał swych doświadczeń na hodowlach czystych pod względem zachowania się ich na środki antyseptyczne, co zresztą lekarza praktycznego mniéj obchodzić może i co Gaertner na tym Zjeździe już uwzględnił, lecz raczéj badał stosunek bakteryj w chorobach i stosunkach chirurga praktycznego obchodzących do środków antyseptycznych. Doświadczenia swe wykonywał w ten sposób, że badane przedmioty jak narzędzia, gąbki, ręce, części miękkie ran, powietrze i płyny wprowadzał w zetknięcie z rozczynem odżywczym Kocha i badał w nim rozwój bakteryj.

Rezultaty doświadczeń tych były następujące: Narzędzia polerowane, wzięte prosto z pułki i włożone na 2 minuty do 5% roz. kw. karbolowego, dawały kolonije bakteryj tak samo jak poprzednio obmyte i włożone na 6 minut do 5% roz. kw. karb. Pozostawienie polerowanych narzędzi przez 10 min. w 5% a nawet 3% roz. kw. karb. sprowadza zupełną dezinfekcyję tychże, podczas gdy rozczyn 1‰ sublimatu nawet po 15 minutach przeszkadza rozwojowi kolonij.

Rozczyny olejku miętowego, terpentynowego, ol. sosny pospolitéj i gorczycznego w stosunku 1,0 : 500,0, daléj 10% nadniedokwas wodu i 5% rozczyn mydła potasowego dopiero po 15 min. i to w nielicznych przypadkach dezinfekcyjonowały włożone do nich narzędzia. Niepolerowane, chociażby czysto utrzymane, narzędzia są jeszcze trudniejsze do oczyszczenia z bakteryj.

Przy badaniach anatomicznych używane narzędzia po 15 minutowêm leżeniu w 5% roz. kw. karbol. i 1% roz. sublimatu dawały bardzo liczne kolonije bakteryj.

Narzędzia o powierzchni nierównéj i chropowatéj są trudniejsze do dezinfekcyi aniżeli o powierzchni gładkiéj.

K. wykonał szereg doświadczeń z nożem w rozmaitych rozczynach dezinfekcyjnych i przyszedł do następujących rezultatów: Czas 15—5 min. był wystarczającym do dezinfekcyi noża w 3% roz. kw. karb. Czas 3 min. nie wystarczał do tego.

5% roz. kw. kar. niszczy w przeciągu 15—5—3 min. wszelkie organizmy.

1‰ rozczyn tymolu dopiero po 15 min. tamuje rozwój bakteryj.

Woda chlorowa w przeciągu 15—5—3 min. niszczy zupełnie bakteryje, po 1 min. rozwijają się jeszcze pleśniawki.

1‰ roz. sublimatu nie jest zdolnym ani po 2 min. ani po 5 ani nawet po 15 min. zniszczyć wszystkich organizmów.

Zetknięcie się narzędzia bezpośrednio z środkiem dezinfekcyjnym jest niezbędnym warunkiem działania tegoż a ułatwia się je przez poprzednie obmycie narzędzia ciepłą wodą z mydłem lub ciepłém potasowém mydłem.

W dobrze urządzonéj sali operacyjnéj środek dezinfekcyjny jest zbyteczny a narzędzie w powyższy sposób obmyte i w sterylizowanéj wodzie destylowanéj opłukane nie wywołuje w rozczynie odżywczym tworzenia się kolonij.

Narzędzia używane w anatomicznych celach po obmyciu wodą i mydłem leżąc przez minutę w kw. karbol., sublimacie lub wodzie chlorowéj były od bakteryj zupełnie wolne.

Gąbki używane przy operacyjach części ropą i wypociną dyfterytyczną przesiąkłych jako téż gąbki przy sekcyjach używane po poprzedniém dokładném wymyciu wodą ciepłą i mydłem i następném włożeniu ich do 5% roz. kw. karb. lub 1‰ sublimatu albo do wody chlorowéj na 2 minuty zostają zupełnie dezinfekcyjonowane, podczas gdy bez wymycia nawet po ½ godzinném działaniu tych środków dają powód do obfitego rozwoju kolonij. Tak samo ma się rzecz ze skubanką, kompresami i opatrunkami.

Surowy katgut w cienkich warstwach w 1‰ roz. sublimatu na 1 godz. włożony jest zupełnie dezinfekcyjonowany.

Szczególniejszą uwagę zwrócił Kümmell na przedmiot najczęściéj przyczyną infekcyi będący, tj. na ręce, przyszedł on do przekonania, że są one przedmiotem najtrudniéj dezinfekcyjonować się dającym.

Ręce po sekcyi dokładnie wodą i mydłem obmyte i włożone do gelatyny sprowadzają szczególnie w miejscach swych zagłębień i dołków po kilku dniach silny i szybki rozwój bakteryj a to zwykle najpierw w miejscach odpowiadających zagłębieniom pod paznokciami.

Kilkakrotne obmycie rąk wodą i mydłem nie polepsza wyniku.

Ręce po sekcyi zwłok kobiety zmarłéj z zapalenia otrzewny popołogowego, wymyte dokładnie i kilkakrotnie wodą i mydłem, następnie 5% roz. kw. karb. i wodą chlorową wywoływały silny rozwój bakteryj w gelatynie i rozpłynięcie się téjże. Ten sam skutek ma kilkakrotne obmycie rąk wodą i mydłem i następne po upływie pewnego czasu opłukanie ich 1‰ rozcz. sublimatu.

Ręce po sekcyi lub téż gąbka przy téjże używana zakażone a obmyte kilkakrotnie dokładnie wodą i mydłem przy użyciu szczotki a następnie borem, salicylem, tymolem lub sterylizowaną przekroplaną wodą dezinfekcyjonowane, dawały powód po 5—7 dniach do obfitego rozwoju bakteryj w gelatynie; 1‰ roz. sublimatu tylko w rzadkich przypadkach sprowadził zupełną dezinfekcyję rąk; 5% kw. karb. i woda chlorowa prawie zawsze skutek ten wywierały.

Części miękkie wyjęte z świeżéj rany sprowadzały zawsze rozwój bakteryj i rozpłynięcie się gelatyny, nawet gdy w czasie operacyi rana ustawicznie irygowana była rozczynem sublimatu 1,0:10000,0, lub téż zmywana często gąbką leżącą w 1‰ roz. sublimatu. W jednym-atoli przypadku, gdzie żadnego środka antyseptycznego nie używano lecz w miejsce tegoż wody dest. sterylizowanéj, części miękkie w gelatynie rozwoju bakteryj nie sprawiały. W dwóch innych przypadkach przy użyciuwody sterylizowanéj miał miejsce rozwój bakteryj z następném rozpłynięciem się gelatyny. (Dok. n.)

Weichselbaum: O przyczynie nosacizny u ludzi.

Podczas gdy nosacizna, szerząca się między końmi, znaną już była w 4tym wieku, odnoszą się pierwsze spostrzeżenia dotyczące nosacizny u ludzi dopiero do roku 1812, w którymto czasie francuski lekarz wojskowy Lorin podał pierwszą, aczkolwiek niedokładną, wiadomość o téj chorobie. Szczegółowszy opis nosacizny u ludzi zawdzięczamy Schillingowi, pruskiemu lekarzowi pułkowemu, z roku 1821. Skoro poznano, że nosacizna jest chorobą zaraźliwą, pojawiły się liczne prace o różnych postaciach prątków wykrytych w produktach nosacizny. Prace te jednak nie były dosyć przekonywające. Dopiero w r. 1882 Löffler i Schütz podali, że w nosaciznie znaleźli laseczniki, z których otrzymane hodowle czyste wywoływały u różnych zwierząt niewątpliwie nosaciznę. Wykryte laseczniki miały postać i wielkość zbliżoną do laseczników gruźliczych. Następnie w trzy dni później ukazała się praca Boucharda, który dowodzi, że z produktów nosacizny udało mu się wyhodować prątki okrągławe, układające się w łańcuszki i że przeszczepienie tych prątków sprowadza u zwierząt wszystkie objawy nosacizny. W roku 1883 miał Israel wykład w Tow. lek. berlińskiém o hodowlach otrzymanych z produktów nosacizny. Z wyhodowanych dwóch różnych postaci prątków okazała się tylko jedna postać jako zaraźliwa, a mianowicie byłyto laseczniki podobne do laseczników opisanych przez Löfflera i Schütza.

Autorowi nadarzyła się sposobność obserwowania nosacizny u kobiety, którą 6 października 1883 r. przyjęto do szpitala Rudolfa w Wiedniu. Chora bezprzytomna. Na twarzy, na odnogach i tułowiu znajdowały się nieliczne krosty, z których większa część odpowiadała wprawdzie wielkością swą krostom ospowym, niektóre atoli były znacznie większe. Nadto stwierdzono obecność większych guzów w skórze i w tkance podskórnéj. Na powiece górnéj prawéj znajdował się wrzód, powstały z rozpadu guza. Na odnogach zaś znajdowały się gdzie niegdzie ropnie z wybitném chełbotaniem. Z nosa ciekła obfita wydzielina wodnista śluzowa. Według życzenia Dra Spořila, kierownika oddziału dla chorych na ospę, badał autor ropę, sączącą się z króst i wydzielinę nosową. Tak w ropie jak i wydzielinie napotkano wielką ilość laseczników, odpowiadających mniéj więcéj lasecznikom opisanym przez Löfflera, Schütza i Israela. Byłyto laseczniki tak długie jak prątki gruźlicze, szersze jednak od nich. W niektórych znajdowały się zarodniki gruźlicze. W ropie znajdowała się tylko ta postać prątków, gdy tymczasem w wydzielinie nosowéj były także inne postacie grzybków. W obec tego rozpoznanie nosacizny nie ulegało żadnéj wątpliwości.

Przypadek ten zużytkował autor do rozwiązania pytania, czy z produktów nosacizny człowieka można wyhodować te same mikroorganizmy, jakie Löffler, Schütz i Israel otrzymali w nosaciznie koni. W tym celu zaszczepił autor maleńką ilość ropy z króst na ziemniakach i żelatynie. W godzinę po dokonaniu przeszczepienia umarła chora. W trzy godziny po jéj śmierci wzięto znów odrobinę ropy z króst do przeszczepienia. Nekroskopija potwierdziła rozpoznanie. Na kości ciemieniowéj lewéj znajdowało się ognisko ropne, a opony mózgowe były w odpowiedniém miejscu ropą naciekłe. Błona śluzowa wyścielająca jamę nosową przedstawiała bardzo znaczne zmiany. Nabrzmienie téjże było tak silne, że nastąpiła niedrożność jamy nosowéj. Na błonie śluzowéj nosa, języka, przełyku, podniebienia miękkiego znajdowały się liczne guzki, częścią wypełnione ropą.

W płucach napotkano tylko pojedyńcze guzki, rozmiękłe, wielkości grochu lub wiśni. Po sekcyi szukano jeszcze ponownie prątków w ropie, wydobytéj z różnych guzów i ropni. Opisane laseczniki znaleziono nietylko w ropie, lecz także w krwi i moczu. Zdaje się nie ulegać najmniejszéj wątpliwości, że zatrudnienie choréj — zbieranie szmat po śmieciach—nastręczyło jéj sposobność do zarażenia się nosacizną. Łatwo być bowiem może, że między uzbieranemi szmatami były także takie, których kiedyś używano u koni nosatych. Furtką, przez którą dostał się jad do organizmu, był prawdopodobnie przeczos lub ranka na powiece górnéj prawéj, gdyż w tém miejscu wytworzył się wrzód największy. Hodowle powiodły się najzupełniéj, tworząc na ziemniakach powłokę brunatną, a zamieniając żelatynę na masę białawą ciągnącą się. Najszybciéj rozwijały się hodowle w ciepłocie 37—38°C., pod wpływem któréj już po 2 lub 3 dniach powstawały wybitne kolonije prątków. W ciepłocie pokojowéj rosły hodowle bardzo powoli tak, że mikroskopowo można było stwierdzić rozwój laseczników dopiero po 2 lub 3 tygodniach. Za to jednak laseczniki były znacznie dłuższe i grubsze, a zarodniki w nich wyraźniejsze. Laseczniki rozwijały się na wszystkich prawie pożywkach używanych do hodowli prątków. Autor przedsięwziął następnie liczny szereg doświadczeń, szczepiąc zwierzętom jużto ropę z króst jużtéż laseczniki wyhodowane na różnych pożywkach. Do szczepienia używał świnek morskich, królików i owiec. W miejscu szczepienia powstawał po 3—4 dniach guz, rozpadający się późniéj we wrzód. Zwierzę zdychało po 10—13 dniach. Dalsze szczepienia krwią lub moczem zwierząt dotkniętych nosacizną wywoływały również nosaciznę. (*Wiener med. Wochenschrift.* 1885. Nr. 21, 22, 23, 24). *Dr. Prus.*

Komisyja sanitarna międzynarodowa w Rzymie.

Postanowienia w kwestyi cholery powzięte przez podkomisyję wyznaczoną z międzynarodowéj Komisyi sanitarnéj w Rzymie brzmią jak następuje: 1) Kwarantany lądowe i kordony są bezpożyteczne.—20 głosów tak—1 głos nie (Turcyja). 2). Najdzielniejszym środkiem przeciw szerzeniu się cholery jest asanizacyja przystani morskich. —Jednogłośnie. 3) Ewidencyja stosunków zdrowotnych w miastach portowych jest wskazaną.—Jednogłośnie. 4). Konsulowi ma służyć prawo zasiągania informacyj co do stosunków zdrowotnych miast i portów większych, a to w celu widymowania paszportów i zawiadamiania swych rządów drogą telegraficzną.—10 głosów tak, 8 wstrzymało się od głosowania (Niemcy, Brazylija, Danija, Brytannija, Indyje, Japonija, Szwecyja, Norwegija) 2 nie (Rumunija, Turcyja). 5) Konsulowie państw, do których okręt dochodzi, są upoważnieni do przyglądania się badaniu sanitarnemu okrętów.—8 wstrzymało się od głosowania (Niemcy, Brazylija, Hiszpanija, Francyja, Meksyk, Rosyja, Norwegija, Szwecyja) 8 tak, 6 nie (Brytanija, Indyje, Japonija, Rumunija, Serbija, Turcyja). 6) Okręty, przeznaczone dla podróżnych muszą mieć na swym pokładzie lekarza zamianowanego przez zarząd kraju, do którego okręt należy. Odwołanie lekarza może być uskutecznioném tylko przez tenże zarząd, a lekarz ma być niezawisłym od towarzystw okrętowych.—19 tak, 3 wstrzymały się od głosowania (Stany Zjednoczone, Szwecyja, Norwegija). 7). Każdy okręt wypływający z portu podejrzanego o szerzenie się w nim cholery ma posiadać dostatecznie wielkie kajuty, w którychby chorych na cholerę odosobnić można było.—Jednogłośnie. 8). Wszystkie wnioski programu Prousta przyjęto.—Jednogłośnie. 9) Wśród podróży należy utrzymywać najskrupulatniejszą czystość i starać się o dobrą wentylacyję. —Jednogłośnie. 10) Ustawy międzynarodowe dotyczące przekroczeń ustaw sanitarno-policyjnych mają obowiązywać na Morzu Czerwoném. –Jednogłośnie. 11) Wszystkie okręty przepływające przez cieśninę Bab-el-Mandeb a wracające z okolic podejrzanych o cholerę mają być badane przez lekarza zamianowanego przez Komisyję międzynarodową.—16 tak 4 nie (Brazylija, Hiszpanija, Brytanija, Indyje) 2 wstrzymały się (Stany Zjednoczone, Japonija). 12) Jeżeli lekarz potwierdzi, że przy odjeździe i wśród podróży stosowano się do przepisów sanitarnych i że nie było ani przypadku śmierci, ani zachorowania podejrzanego o cholerę — wtedy należy okręt puścić w dalszą podróż.—17 tak, 1 nie (Hiszpanija) 4 wstrzymały się (Stany Zjednoczone, Anglija, Indyje, Japonija). 13). Okręty, z których nie wysiada nikt z podróżujących na Morzu Czerwoném (w Egipcie) należy tylko raz zbadać a mianowicie w Suez.—16 tak, 2 nie (Hiszpanija, Turcyja) 4 wstrzymały się (Stany Zjednoczone, Anglija, Indyje, Japonija). 14) Okręty, z których wysiadają podróżni w jednym z portów Morza Czerwonego należy najprzód zbadać w Bab-el-Mandeb, a następnie w dotyczącym porcie.—17 tak, 1 nie (Hiszpanija), 4 wstrzymały się (jak pod 13). 15). Jeżeli na okręcie znajduje się cholera, to należy podróżnych odosobnić i podzielić na małe grupy. Okręt należy poddać dezinfekcyi.—18 tak, 2 nie (Anglija, Indyje), 2 wstrzymały się (Brazylija, Japonija). 16) Obserwacyja podróżnych, którzy w porcie wylądowali, winna trwać przez 5 dni, licząc od ostatniego przypadku cholery.—13 tak, 9 nie (Brazylija, Hiszpanija, Stany Zjednoczone, Anglija, Indyje, Meksyk, Rumunija, Serbija, Turcyja). 17) Chorych należy odosobnić i oddać pod opiekę lekarzy urzędowych.—18 tak, 1 nie (Brazylija), 3 wstrzymały się (Anglija, Indyje, Meksyk). 18) Wszystkie wnioski podkomisyi dotyczące małych statków przyjęto.—Jednogłośnie. 19) Również przyjęto wnioski odnoszące się do dezinfekcyi. —Jednogłośnie. (*Wiener med. Wochenschrift* 1885 Nr. 23.).

Dr. Prus.

Wiadomości pomniejsze.

(J. P.) **Hamamelis virginica jako środek szczmiący krew tamujący.** Najodpowiedniéj podawać lek ten (proszek) wewnętrznie w postaci pigułek (4 pig. na dzień, 2 przed jedzeniem, jedna pigułka nie powinna więcéj zawierać niż 50ctgr. leku) lub jako odwar z 30gr. kory. W użyciu jest jeszcze nastój (po 2 krople 3—4 razy dziennie) i wyciąg wyskokowy, z którego sporządzić można pigułki po 0·05gr. (dziennie 4 pig.). Zewnętrznie użyć można tego leku w formie maści lub czopków. Lecznicze swe działanie zawdzięcza ten środek znacznéj ilości kwasu garbnikowego. W krwiopluciu, w wymiotach krwawych, moczeniu krwawém, krwotokach nosowych okazał się bardzo skutecznym nawet w tych przypadkach, w których inne środki zawiodły. Również pomyślne wyniki leczenia otrzymano w biegunkach, czerwonce, rzeżączce, upławach białych. W chorobach öcz i gardła stosowano lek ten jako środek ściągający. W krwotokach z krwawnic i wrzodach żylakowych również świetnie działał.

(J. P.) Ciekawy przypadek **niepoczytności, wywołanéj skutkiem morfinizmu** zdarzył się we Francyi. Kobieta, 28-letnia przyzwyczajona od lat dwu do jednego grama morfinu dziennie,

popadala w stan niezwykłego rozdrażnienia, skoro tylko dawka morfinu była za szczupłą. Wśród takiego rozdrażnienia popełniła kradzież w wielkim magazynie. Sąd uwolnił oskarżoną na podstawie orzeczenia lekarskiego.

Ω Prof. J. Forster w Amsterdamie zastanawiał się nad pytaniem, **w jaki sposób lekarz powinien sobie ręce czyścić.** Na podstawie doświadczeń wykonanych w swéj pracowni higijenicznéj, przyszedł do przekonania, że metody zwykle używane są niewystarczającemi. W szeregu licznych doświadczeń myto np. ręce mydłem, nowemi, czystemi zupełnie szczotkami, następnie zupełnie czystemi rozczynami różnoprocentowemi kwasu karbolowego, borowego, chlorku zynkowego i żelazowego itd., następnie z zachowaniem wszelkich ostrożności wycierano je watą lub ręcznikiem przy 120 do 140°C. sterylizowanemi. Po tych zabiegach osoba, która czyni doświadczenia, zanurza palec w sterylizowany obojętny lub słabo alkaliczny rozczyn wodny mięsa, peptonizowany lub też wprowadzała palec w gelatynę Kocha. Po każdém doświadczeniu rozwijały się w użytych pożywkach różne postacie grzybków już w ciągu 24—60 godzin. Grzybki te za każdym razem badano drobnowidowo. Najdobitniéj przekonano się téż, że najwięcéj rozpowszechnione mycie rąk $2^1/_2$% kwasem karbolowym lub według Billrotha obmywanie poprzednie kwasem chlorowodowym i następnie 10% fenolem w glicerynie, nie wystarczało nigdy do zupełnego sterylizowania palców. Najpewniejszym środkiem dezinfekcyjnym do mycia rąk okazał się sublimat w rozczynie 0·50—1·00 na 1000 aq. Ten środek starannie użyty prawie zawsze zapobiegał rozwijaniu się grzybków w gelatynie lub rozczynie mięsa peptonizowanym, skutkiem wprowadzenia palca, jak to wyżéj opisano. Bliższe szczegóły téj zajmującéj rozprawy zapowiada autor na późniéj. Ogłosić je ma uczeń jego Wassing w *Archiv für Hygiene*. (*Allg. med. C.Ztg.*, 1885, str. 718).

Ω G. Falconi, profesor Wydziału lekarskiego w Cagliari, zaleca **w pierwszym okresie cholery**, a raczéj w okresie jéj zwiastunowym odwar z 100 grm. *herb. polygoni avicularis* na 400grm. wody. *Polygonum aviculare* jest rośliną nader pospolitą tak w południowéj jak i środkowéj Europie. Działanie odwaru ma być nieledwie cudowne, ale li tylko w okresie zwiastunowym. F. próbował środka tego nietylko w zeszłorocznéj cholerze ale także w czasie epidemii w r. 1854 i 1855, co w swoim czasie ogłosił. (*Allg. med. C. Ztg.*)

Ω W klinice prof. Doutreleponta w Bonnie używają obecnie **w leczeniu kiły wczesnéj połączenia chlorku rtęciowego z mocznikiem.** Asystent kliniki Dr. J. Schütz bardzo zachwala ten preparat. Ma on posiadać tę wyższość nad formamidem i glykokolanem rtęciowym, że działa szybko, że się w rozczynie dłużéj utrzymuje bez rozkładu i że łatwo samemu sobie lek ten przyrządzić. Nad wstrzykiwaniami $HgCl_2$ i $HgCl_2+NaCl$ preparat ten ma tę wyższość, że ból jest bez porównania mniejszy i krócéj trwający. Schütz utrzymuje, że ból po zastrzyknięciu tego nowego leku ogranicza się najczęściéj do uczucia napięcia w miejscu zastrzyknięcia, które się utrzymuje 2—6 godzin. Najłatwiéj przyrządzić lek przez rozpuszczenie 0·50 czystego mocznika w 100grm. 1% rozczynu sublimatu. Rozczyn utrzymuje się do 8 dni bez najmniejszéj zmiany. Zastrzykuje się podobnie jak sublimat w dawce 0·01 do 0·02 dziennie. (*D. med. Wochensch.*, 1885, Nr. 14).

Ω G. Mingazzini poleca użycie równoczesne **antipyryny i kairyny w celach obniżenia gorączki.** Leki te można albo równocześnie naraz podać lub też bezpośrednio jeden po drugim. Zdaniem autora przez takie połączenia osiąga się, szczególniéj w durze brzusznym, obniżenie ciepłoty o 0·2 do 0·9°C. większe niż po użyciu saméj antipyryny. Działanie również ma dłużéj trwać, a podnoszenie gorączki po przestaniu działania tego leku jest o wiele wolniejsze i mniéj przykre, niż po użyciu saméj antipyryny. W jednym przypadku udało się autorowi w durze brzusznym w ostatnim tygodniu choroby przez podanie antipyryny i kairyny *āā* 0·50 obniżyć ciepłotę z 39·0°C. na 36·5°, i przez 17 godzin utrzymywać ją poniżéj 38°C. Jedynie tylko poty są obfitsze niż po użyciu saméj antipyryny. (*Gazz. degli ospitali*. 1884, Nr. 104),

Ω Zdaniem lekarzy brazylijskich **sok mleczny z rośliny Euphorbia heterodoxa**, po hiszpańsku Aveloz zwanéj, ma działać znakomicie w *carcinoma epitheliale* warg, nosa, twarzy i powiek. Szczególniéj lek ten wychwala Dr. Brandeiro z Pernambucco. Barau z Santa Cruz otrzymał z soku *Euphorbia heterodoxa* żywicę, która ma posiadać własności bardzo żrące i którą należy uważać za istotę właściwie skuteczną. Żywicy téj używa się przeciw rakowi w postaci maści waselinowéj 1 do 3%. (*Chemische Ztg.*, 1885).

Ω J. Eward poleca gorąco **ipekakuanę w ciężkich przypadkach dysenteryi.** Sądzi on jednak, że ipekakuana w małych dawkach (np. po 0·30, jak ją lekarze niektórzy podają) osłabia bardzo siły chorego, podkopuje odżywienie i sprowadza często wymioty. O wiele stosowniéj jest podawać duże dawki a rzadziéj. Autor podaje ipekakuanę w proszku w ilości 2·50 do 3·50 grm. dwa do trzy razy dziennie. Wymioty, jeżeli wystąpią, nie są tak męczącemi, jak po użyciu małych a częstych dawek. Gdy objawy choroby łagodnieją, można zmniejszać dawkę. Również stwierdził autor, że ipekakuana w dużych dawkach do 4·00grm. rano i wieczór podawana, działa znakomicie w przewlekłéj dysenteryi, szczególniéj w przypadkach, w których domyślać się można owrzodzeń umiejscowionych, ograniczonych, (*The Lancet*).

Ω **Euphorbia pilulifera.** Na podstawie licznych doświadczeń przyszedł Dr. M. Morset do następujących wyników z tym nowym lekiem: 1) Pierwiastek skuteczny z *Euphorbia pilulifera* jest rozpuszczalnym w wodzie i wyskoku, prawie nierozpuszczalny w eterze, chloroformie i terpentynie. 2) Wyciąg z *Euphorbia pilulifera* zabija zwierzęta już w małéj ilości w skutek porażenia ośrodków oddechowych i serca. Oddechanie i ruchy serca na początku działania przyspieszone, potém wolnieją i ustają. 3) Stosowany w ciężkich przypadkach duszności, astmie, rozedmie płuc lub w przewlekłém zapaleniu oskrzeli działa znakomicie. Dawka najwyższa w takich przypadkach wynosi mniéj lub więcéj 1·00grm. rośliny suchéj lub wyciągu wyskokowego z odpowiedniéj ilości. Najlepiéj podawać lek w jakiéj łagodzącéj zawiesinie bezpośrednio przed posiłkiem. Beaumetz używa z dobrym wynikiem także *tincturae euphorbiae piluliferae spirituosae* po 10 do 30 kropli na dawkę. Jeden gram téj nalewki odpowiada 5grm. rośliny suchéj. (*Thèse*, 1884, 28 nov.).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. z d. 3 czerwca 1885.

Przewodniczący kol. prof. Rosner.
W zastępstwie sekretarza dorocznego kol. Zaremba.
Członków obecnych 16.

1) Kol. prof. Obaliński omawia laparotomię z powodu przypadów niedrożności jelit, wywołanych pęknięciem jaja płodowego zamacicznego. (Rzecz ta została ogłoszoną w Nrze 25 Przeglądu Lekarskiego z d. 20 czerwca br.). Prelegent przedstawił wydobyty płód z łożyskiem, oraz całą macicą zapraszając

kol. prof. Madurowicza do dalszéj demonstracyi, co téż tenże uczynił, poczém prelegent zwraca uwagę, że w tym przypadku robił właściwie cięcie próbne z powodu, że rozpoznać choroby nie można było napewne, przypady jednak bardzo za niedrożnością przemawiały.

W dyskusyi kol. prof. Rosner zapytuje, czy było zapalenie otrzewny, kol. zaś. Jaworski, w jakim stanie były jelita? Kol. prof. Obaliński odpowiada, że jelita były prawidłowe. Kol. Jan Rosner mniema, że w tym przypadku ważne było badanie ginekologiczne, pozwalając wnosić, czy jama Douglasa jest wypełnioną. Niekoniecznêm zaś jest robienie laparotomii w ciąży pozamacicznéj, gdzie często punkcyja wystarcza. Kol. prof. Obaliński zdanie to uznaje za słuszne, lecz nie dające się odnieść do obecnego przypadku, jako bardzo nagłego. Zresztą punkcyję można robić wobec jaja całego, gdy jednak wystąpi pęknięcie, pozostaje w odwodzie tylko laparotomija. — Kol. A. Gluziński pyta, czy niedokrewność była wybitną, tak wielką, iż można było przypuścić krwotok wewnętrzny, czy bóle były częste i wymioty? Wiadomêm jest bowiem, że w niedokrewności ruchy robaczkowe jelit są upośledzone, a wymioty powstają najczęściéj przy ruchach, gdy zwłaszcza tacy chorzy siadają. Ból zaś można sobie tłumaczyć stanem, jaki był, a niekoniecznie ugniotem jelit. Kol. prof. Obaliński zaznacza, że operowana była zupełnie przytomną, niedokrewność zaś trudno było oznaczyć z wejrzenia samego. Bóle od czasu do czasu pojawiały się, tak, jak to zwykle bywa w niedrożności, a wymioty również. Przyznaje, że część przypadków pochodziła od niedokrewności, lecz nie wszystkie. Nie potrzeba zupełnéj niedrożności, wystarczy ugniecenie miernego nawet stopnia, aby wywołać objawy niedrożności, które łącząc się z objawami niedokrewności têm jaskrawiéj jeszcze występowały.

2) Kol. Wiczkowski mówił o działaniu antipyryny w chorobach gorączkowych, na podstawie własnych doświadczeń. (Rzecz ta będzie ogłoszona w Przeglądzie Lek.). Dyskusyję w tym przedmiocie odłożono do następnego posiedzenia.

Dr. Dobruchowski, sekretarz.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 czerwca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 36,6. Z odry umarło 3 (0 z. t.); z płonicy 3 (2 z. t.); z błonicy 1 (3 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.): z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 14 przypadkach odry, 4 płonicy, 2 krztuśca, 1 duru brzusznego, 1 duru osutkowego. W tygodniu od 7—13 czerwca umarło z ospy w Londynie 23, leczyło się w szpitalach 1288, świeżo zapadło 218. W Wiedniu zapadło na ospę 107, umarło 24. Z ospy umarło w Pradze, Tryjeście, Manszestrze po 1; w Paryżu, Odesie i Madrasie po 2; w Petersburgu 3; w Wenecyi 4; w Bazylei 5; w Kalkucie 10. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Petersburgu po 1. W Kalkucie umarło z cholery od 26 kwietnia do 2 maja osób 65.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 czerwca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,1; Poznaniu 28,2; w Wiedniu 30,3; w Pradze 44,8; w Tryjeście 30,5; w Berlinie 24,4; we Wrocławiu 38,8; w Hamburgu 25,1; w Gdańsku 29,2; w Mnichowie 30,0; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 21,8; w Bazylei 24,9; w Brukseli 23,1; w Amsterdamie 19,9; w Hadze 22,4; w Paryżu 23,1; w Londynie 16,8; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 30,1; w Chrystyjanii 24,8; w Petersburgu 29,1; w Odesie 32,4; w Wenecyi 30,0; w Bukareszcie 29,1; w Nowym Yorku 25,3; w Filadelfii 21,9; w Bombayu 25,6; w Madrasie 30,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 lipca. Na ostatniêm posiedzeniu Wydziału lekarskiego odbyli prawem przepisane *colloquia* asystenci Drowie Gluziński i Schramm, habilitujący się pierwszy jako docent chorób wewnętrznych, ostatni jako docent chirurgii. Na têmże posiedzeniu Wydział odniósł się do Ministerstwa o upoważnienie do mianowania Dra Surzyckiego bezpłatnym elewem kliniki chorób wewnętrznych na 2 lata.

Dziś odbył się wykład habilitacyjny Dra Schramma w obecności grona profesorów Wydziału lek. i uczniów. Dr. S. mówił o chirurgiczném leczeniu wola, a Wydział po krótkiéj naradzie uznawszy, że kandydat uczynił zadosyć wszystkim wymogom prawnym, uchwalił przesłać akt habilitacyjny Ministerstwu Oświecenia celem zatwierdzenia go.

Wykład habilitacyjny Dra Gluzińskiego odbędzie się w sobotę d. 11 bm. Kandydat mówić będzie o rozpoznawaniu jam w płucach.

* Otrzymaliśmy od jednego z szan. kolegów kijowskich nekrolog śp. prof. Góreckiego; żałujemy, że z niego korzystać nie możemy, ponieważ o śmierci śp. Góreckiego była już obszerna wzmianka w Nr. 21 pisma naszego.

* W Szczawnicy było dotąd gości 1.052, w Gleichenbergu 2.083, w Cieplicach czeskich 3.762, w Giesshüblu 174, w Gainfarn 599, w Iwoniczu 712,

Praga czeska. Na dzisiejszém posiedzeniu Spolku lekařův českých odbytém w klinice otyjatrycznéj docenta Dra Czardy uchwalono odstąpić od zamiaru odbycia wakacyjnego posiedzenia w Pilznie a odbyć takowe w Klatowie. Towarzystwo zatém nie weźmie udziału w uroczystości Škody w Pilznie. Dalsza część posiedzenia poświęconą była oglądaniu kliniki otyjatrycznéj doc. Czardy. Urządzenia wewnętrzne tak pod względem wygody dla chorych, jakotéż naukowym są wzorowe i wyrównywają zagranicznym zakładom tego rodzaju. To téż materyjał jak na pierwszy rok istnienia był znaczny, przeszło 1000 chorych ambulatoryjnie, oprócz stałych chorych w klinice leczonych. Dr. Czarda omówił kilka ważniejszych przypadków z zakresu chorób nosowych i usznych i demonstrował przyrządy w otyjatryi obecnie używane. *Dr. Obrzut.*

* **Berlin.** D. 2 b. m. otwarty został zakład higijeniczny prof. Kocha. Zakład ten składa się z 2 oddziałów: bakteryjologicznego pod kierunkiem samego Kocha, któremu asystują Drowie Plagge, Weiser i Frank i z chemicznego pod kierunkiem Dra Proskauera. Nadto w zakładzie wykładać będą poszczególne działy higijeny prof. Sell i radzca rządowy Dr. Wolffhügel, uczeń Pettenkofera.

(W.) **Rosyja.** Dr. J. Stolnikow mianowany został docentem prywatnym chorób wewnętrznych w Petersburgu. — W Pskowskim powiecie panuje epidemicznie dur plamisty,

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Rektorem uniw. na rok przyszły wybrany radca dworu prof. Bamberger. — **Getynga.** Następcą Henlego ma zostać zięć jego prof. Merkel w Królewcu.

* **Wiadomości osobowe,** Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Michał Kowalski rodem ze Lwowa.

* **Nekrologjia.** W Bilinie w Czechach umarł z suchót płucnych prof. anatomii opisowéj Aeby, w roku przeszłym dopiero powołany na katedrę w Wydziale lek. niemieckim w Pradze.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 27: Lutostańskiego: Cholera w Indyjach; Smoleńskiego: O naukowych podstawach hydroterapii (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Obalińskiego: Druga seryja laparotomij, wykonanych z powodu niedrożności jelit; Wolberga: Trzy przypadki różyczki poprzedzające odrę; Kijewskiego: Sprawozdanie z sekcyj wykonanych w pracowni prof. Brodowskiego,

Redakcyja otrzymała:

J. PESZKE: Jak po polsku Syphilis mianować należy? in 8vo str. 46.

Wjestnik kliniczeskoi i sudebnoi psichiatrii i newropatologii. Powremenove izdanie pod redakciei prof. Mierzejewskiego. God tretii, wypusk I z odnoi litograf. tablicei. Petersburg 1885.

Prof. COHN: Uiber Pemphigus der Augen. (Odbicie z „Bresl. ärztl. Zeitschr.") in 8vo str. 24.

Dr. ZIT: O měreni teploty u dĕti a praktickém jeho významu. V Praze 1885, in 8vo str. 164 z tabl.

Tenże: Čtvrtý Sjezd polských lékařuv a přirodozpytcuv v Poznani 1884. (Odbitka z „Časop. lek. česk.") in 8vo m. str. 28.

KAROL K. MILL: Wykłady popularne zasad fizyjologii i higijeny. Warszawa 1885, in 8vo str. 287 z 41 drzeworytami.

J. SZWAJCER: Ślepota i ślepota połowiczna w przebiegu tyfusu brzusznego. (Odbitka z „Gazety Lek." in 8vo str. 23.

S. DANIŁŁO: Tabeticzeskoe porażenie spinnago mozga s stradaniem kostei prawago kistewago sustawa. (Z kliniki prof. Mierzejewskiego). (Osobne odbicie z „Wiestnika psych. i newropat. in 8vo str. 17.

* **Sprostowanie**. Przez omyłkę podano w Nrze 27 na str. 372 na końcu szpalty 2éj „Dok. nast.". podczas gdy powinno było być: „c. d. n.".

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.